

Please note! This is a self-archived version of the original article.

Huom! Tämä on rinnakkaistallenne.

To cite this Article / Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä: Leinonen, K. (2017). Synnytyskipu ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa Jouni Tuomi & Anna-Mari Äimälä (toim.) Viisaat valinnat – terveenä raskaaksi, hyvä synnytys. Tampere: Tampereen ammattikorkeakoulu. Tampereen ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Tutkimuksia 22, 156-168.

URL: <http://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/A/22-Viisaat-Valinnat.pdf>

18 Synnytyskipu ja siihen vaikuttavat tekijät

Katri Leinonen, FM, jatko-opiskelija (TaY), kättilöopiskelija (TAMK)

TIIVISTELMÄ

Synnytyskipun kokemus on monimutkainen, yksilöllinen ja moniulotteinen vaste aistiärsytykselle synnytyksen aikana. Se koostuu naisen aivojen, kehon ja synnytysympäristön välisestä vuorovaikutuksesta. Synnytyskipu viestii synnytyksen alkamisesta, antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista ja kertoo synnytyksen edistymisestä.

Merkittäviä naisen synnytyskipun kokemiseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ahdistuneisuus, itseluottamus ja kivun katastrofaalistaminen. Synnyttäjän ahdistuksen ja ahdistustaipumuksen on havaittu olevan yhteydessä kovempaan synnytyskipuun. Kielteiset ajatukset kivusta ja kivun katastrofaalistaminen ennustavat kovempaa synnytyskipua ja lisääntyntä ahdistuneisuutta synnytyksen aikana. Naisen ahdistusherakkyys saattaa olla riskitekijä synnytyspelon kehittymiselle. Naisten vahvempi itseluottamus omiin kykyihin synnytyksestä selviytymisessä on yhteydessä vähäisempään synnytyskipun kokemiseen, sekä parempaan synnytystyytyväisyyteen. Itseluottamusta vahvistaa naisten parempi tietämys synnytyksestä. Lisäksi naisten tulkinta sosiaalisesta ympäristöstä, heidän kulttuuritautansa, mielentilansa, sekä lapsuudessa muodostunut kiintymyssuhdemalli vaikuttavat synnytyskipun kokemiseen. Tulevaisuudessa mielenkiintoista olisikin selvittää minkälaisilla toimilla kyettäisiin parhaiten ehkäisemään naisten ahdistuneisuutta ja kivun katastrofaalistamista, sekä vahvistamaan heidän itseluottamustaan ja mielentilan pysymistä kyseisessä hetkessä.

ABSTRACT

Experiencing labour pain is a complicated, personal and multidimensional response to stimulation during childbirth. It consists of the interactions between women's brain, body and environment. Labour pain signs the start of childbirth, provides information of the different stages and progress of birth.

Significant factors affecting to women's labour pain experience include anxiety, self-confidence and pain catastrophizing. Parturient anxiety has been associated with increased labour pain. The negative thoughts of pain and pain catastrophizing predicts increased labour pain and anxiety during childbirth.

The women's anxiety sensitivity may be a risk factor for the development of fear of childbirth. Women's stronger self-confidence in their own abilities in coping with labour is linked to decreased labour pain and better childbirth satisfaction. Women's better knowledge of labour strengthens their self-confidence. In addition, women's interpretation of social environment, their cultural background, state of mind, as well as attachment formed in childhood affect to the labour pain experience. In the future, it would be interesting to find out which kind of actions would be best to prevent women's anxiety and pain catastrophizing, as well as to strengthen their self-confidence.

JOHDANTO

Synnytyskipu on suurimmalle osalle naisista voimakkainta kipua, jota he elämänsä aikana kokevat (Sarvela 2009; Whitburn 2013; Labor & Maguire 2008). Se on myös synnyttäjän ja hänen perheensä yksi suurimmista huolenaiheista (Karlsdottir, Halldorsdottir, Lundgren 2014). Voimakkuudestaan huolimatta, synnytyskipulle on ominaista, että muistikuva siitä säilyy vain lyhyen aikaa (Labor & Maguire 2008; Sarvela 2009). Synnyttäjien väliset yksilölliset erot kivun kokemisen välillä ovat merkittäviä (Melzack, Kinch, Dobkin, Lebrun, Taenzer 1984; Sarvela 2009; Chestnut 2004). Synnytyskipua voidaankin pitää subjektiivisena ja moniulotteisena tuntemuksena (Lowe 2002). Synnytyskipuun tiedetään vaikuttavan synnyttäjän fysiologiset, anatomiset ja psykologiset tekijät, sekä vallitseva kulttuuri (Lowe 2002; Sarvela 2009). Se koostuu naisen aivojen, kehon ja synnytysympäristön välisestä vuorovaikutuksesta (Whitburn ym. 2014). Synnytyskipu eroaa normaalista kivusta siinä, että se ei ole merkki kehon traumasta tai sairaudesta, vaan se kertoo synnytyksen olevan käynnissä ja etenevän kohti haluttua lopputulosta (Flink, Mroczek, Sullivan, Linton 2009; Whitburn 2013). Synnytyskipu viestii synnytyksen alkamisesta, antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista ja kertoo synnytyksen edistymisestä (Sarvela 2009; Liukkonen ym. 1998; Whitburn 2013). Synnytyskipun parempi ymmärrys edellyttää mielen, aivojen, kehon, ja ympäristön välisten vuorovaikutusten ymmärtämistä ja hahmottamista (Whitburn 2013).

KIPU

Kipu määritellään epämiellyttäväksi aisti ja tunne kokemukseksi, joka liittyy mahdolliseen tai todelliseen kudოსvaurioon, tai jota voidaan kuvailla sen kaltaisilla kudოსvaurion termeillä. Määritelmä välttää kiputuntemuksen liittämistä yhteen kivun aistimisen kanssa. Yksilö voi tuntea kipua ilman kudოსvauriota tai mahdollista patofysiologista syytä, johtuen yleensä psykologisista tekijöistä. (IASP Taxonomy 2012.)

Kipu on aina epämiellyttävä subjektiivinen tunnekokemus ja sen ajatellaan olevan varoitus sekä yksilön keholle, että mielelle (IASP Taxonomy 2012; Whitburn 2013). Kivulle on ominaista, että se koetaan aivoissa ja tunnetaan tietoisessa mielessä (Whitburn 2013).

Kohde-elimeen kohdistuva ärsytys saa aikaan impulssin, joka etenee lopulta keskushermostoon (Liukkonen, Heiskanen, Lahti & Saarikoski 1998; Shnol ym. 2014; Kalso 2009). Kipuärsyke vastaanotetaan kudoksen nosiseptoreissa, jotka ovat primaarisia afferentteja eli tuovia hermoja. Näissä tapahtuu transduktio ja transmissio eli ärsykkeen muuttuminen sähkökemialliseksi viestiksi ja viestin kulkeutuminen keskushermoston osiin (Kalso 2009). Nosiseptorit reagoivat kipua tuottaviin ärsykkeisiin, kuten lämpöön, mekaaniseen ja kemialliseen ärsytykseen, mutta aktivoituvat myös tietyille välittäjäaineille, joita vapautuu kudოსvaurion aikana (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998; Shnol ym. 2014). Hermopäätteistä tulevien impulssien taajuus vaikuttaa kudოსvauriosta aiheutuvan ärsykkeen voimakkuuteen (Kalso 2009). Nosiseptinen viesti kulkeutuu tuovia hermoja pitkin selkäytimen takasarveen, josta viesti etenee edelleen selkäydintä pitkin aivorunkoon ja talamuksen kautta aivokuorelle (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998; Rowlands & Permezel 1998; Shnol ym. 2014; Lowe 2002). Aivokuoren osat osallistuvat kivun aistimiseen (Shnol ym. 2014). Aivokuoressa kivun tuntemukseen liittyvät yksilön aikaisemmat kokemukset ja tunteet (Rowlands & Permezel 1998). Impulssi muokkautuu siten, että jokainen yksilö kokee kivun erilaisena riippumatta ärsytyksestä tai kudოსvauriosta (Liukkonen ym. 1998).

Kipua voidaan muokata muuttamalla tai estämällä kipuimpulssin kulkua selkäytimessä (Shnol ym. 2014). Ärsykkeen etenemistä säätelevät keskushermoston kipuradat (Liukkonen ym. 1998). Nämä kipuradat osittain selittävät kivun ja psyykkeen monimutkaista vuorovaikutusta (Kalso

2009). Porttiteorialla tarkoitetaan keskushermoston kykyä vähentää tai lisätä aivoihin tulevien kipusignaalien määrää ja voimakkuutta (Liukkonen ym. 1998; Chestnut 2004; Kalso 2009). Tämä teoria selittää osittain miksi samanlainen ärsyke aiheuttaa eri ihmisissä eriasteisen kiputuntemuksen (Liukkonen ym. 1998). Paikalliset prosessit selkäytimessä määrittävät eteneekö signaali kohti aivoja vai pysähtyykö se (Chestnut 2004). Esimerkiksi psyykkiset tekijät (mm. stressi, voimakas keskittyminen ja kilpailutilanne), kipulääkkeet (opioideit) ja sähköinen stimulaatio voivat aktivoida inhibitorisia ratoja, jotka erilaisten välittäjäaineiden vaikutuksesta vähentävät kivun voimakkuutta (porttiteoria) (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998). Porttiteoriaa on uudistettu ja nykyään sen korvaa kipumatriisi teoria (Chestnut 2004). Kipumatriisilla tarkoitetaan aivoissa olevaa kipuinformaatiota käsittelevää aluetta (Kalso 2009; Chestnut 2004). Tämän alueen avulla muodostuu yksilöllinen kipukokemus, johon vaikuttaa niin yksilön geneettinen alttius, stressi, aikaisemmat kipukokemukset, mieliala, sekä odotukset ja käsitykset kivun merkityksestä (Kalso 2009; Liukkonen ym. 1998).

Kipu varoittaa elimistöä mahdollisesta tai toteutuneesta kudosvauriosta (Kalso 2009; Whitburn 2013; Liukkonen ym. 1998). Samalla se johtaa toimiin, joilla yritetään estää kudosvaurion syntyminen tai vähentää jo syntyneen kudosvaurion laajuutta (esim. suojaheijasteiden aktivoituminen). Toisinkuin akuutille kivulle, krooniselle kivulle ei ole löydetty järkevää fysiologista tehtävää. Krooninen kipu näyttäytyy ennemminkin elimistön kyvyttömyytenä korjata vaurioita. (Kalso 2009). Kivun seurauksena pulssi nousee, verenpaine kohoaa, hengitys nopeutuu, lihakset jännittyvät ja ihon muuttuu kalpeaksi ja hikiseksi (Liukkonen ym. 1998; Kalso 2009).

SYNNYTYSKIPU

Synnytyskipu eroaa normaalista akuutista tai kroonisesta kivusta siinä, että siihen ei liity sairautta tai kudostraumaa, vaan se on osa normaalia elämää ja kertoo äidille, että synnytys on käynnissä ja etenee kohti haluttua lopputulosta (Flink, Mroczek, Sullivan, Linton 2009; Lowe 2002; Whitburn 2013). Synnytyskivun syytä ja merkitystä synnytyksessä on tutkittu monelta eri näkökannalta, niin biologisesti, filosofisesti kuin uskonnollisestikin (Lowe 2002). Biologisesti kivun on ajateltu olevan merkki raskaana olevalle naiselle mennä suojaiseen ja turvalliseen paikkaan, jossa hän voisi

synnyttää (Lowe 2002; Whitburn 2013). Synnytyskipu saa kanssaihmisissä myötätunnon ja avuliaisuuden heräämään, jolloin nainen saa helpommin synnytykseensä apua (Lowe 2002). Toisaalta synnytyskipu ajaa synnyttäjän itsekin etsimään apua (Whitburn 2013). Synnytyskipu viestii synnytyksen alkamisesta, antaa tietoa synnytyksen eri vaiheista ja kertoo synnytyksen edistymisestä (Sarvela 2009; Liukkonen ym. 1998; Whitburn 2013). Synnytyskipu saa synnyttäjän hakeutumaan oikeisiin asentoihin ja ohjaa oikeaan hengitykseen. Synnytys ja erityisesti synnytyskipu on keholle stressitilanne, joka käynnistää elimistön omien kipua lievittävien endorfiinien tuotannon. (Liukkonen ym. 1998.)

Synnytyskipun hermostollinen mekanismi on sama kuin akuutissa kivussa, mutta lisäksi on monia eri tekijöitä, jotka ovat vain synnytyskipulle ominaisia (Rowlands & Permezel 1998). Nosiseptiset hermopäätteet kohdun runko-osasta taantuvat raskauden edetessä. Synnytyskipu välittyykin pääosin kohdun alasegmentin ja kohdunkaulan hermopäätteistä. (Sarvela 2009.) Synnytyskipu koostuu sekä viskeraalisesta, että somaattisesta kivusta. Sekä viskeraaliset, että somaattiset kipuiimpulssit kulkevat selkäytimen takasarven kautta selkäydin-talamusrataa pitkin aivoihin. Synnytyskipu välittyy keskushermostoon eri reittiä riippuen synnytyksen vaiheesta. Avautumisvaiheessa kipu välittyy T10-L1 selkäydinsegmentin kautta, kun taas ponnistusvaiheessa S2-S4 selkäydinsegmentin kautta. (Labor & Maguire 2008). Synnytyskipun voimakkuuteen vaikuttaa niin fysiologiset kuin psykologisetkin tekijät (Rowlands & Permezel 1998; Sarvela 2009; Labor & Maguire 2008). Yleisesti synnytyskipu lisääntyy synnytyksen edistytessä (kohdunkaulan laajentuessa), sekä on yhteydessä kohdun supistusten voimakkuuteen, kestoon ja tiheyteen (Lowe 2002; Shnol ym. 2014; Melzack ym. 1984; Rowlands & Permezel 1998).

Avautumisvaiheessa kipu tuntuu yleensä kohdun ja sen sivuelinten alueella, vatsanpeitteissä, lanne-ristiluun alueella, suoliluun harjussa, sekä pakaroiden ja reisien alueella (Shnol ym. 2014; Lowe 2002). Supistuskipu etenee hitaasti ja sitä kuvaillaan tylpäksi sekä vaikeasti paikannettavaksi (Rowlands & Permezel 1998; Sarvela 2009; Labor & Maguire 2008). Synnytyksen edetessä kipu muuttuu voimakkaammaksi ja paikallistuu enemmän vatsaan, ala lantioon ja ristiluun yläosaan (Rowlands & Permezel 1998). Avautumisvaiheen kipu on viskeraalista ja pääosin lähtöisin kohdunkau-

lan ja kohdun alaosan perifeerisistä afferenteista hermosyistä (Chestnut 2004; Sarvela 2009). Viskeraalinen synnytyskipu välittyy paraservikaalisen alueen kautta lopulta T10-L1 alueen selkäydinsegmenttiin (Labor & Maguire 2008; Chestnut 2004; Shnol ym. 2014; Rowlands & Permezel 1998; Sarvela 2009; Lowe 2002). Tässä vaiheessa pääosa kivusta on peräisin kohdun alaosan ja kohdunkaulan laajentumisesta (Chestnut 2004; Lowe 2002; Shnol ym. 2014; Rowlands & Permezel 1998). Kipua aiheuttaa myös kohdun siivuelinten, vatsakalvon, virtsarakon, virtsajohtimen, peräsuolen ja muiden lantiossa olevien kipuherkkien elimien venyminen ja puristuminen, lanneristipunos hermojuuren puristuminen ja luustolihashen refleksimäiset kouristukset (Shnol ym. 2014).

Avautumisvaiheen lopussa ja ponnistusvaiheessa viskeraalisen kivun lisäksi esiintyy somaattista kipua (Labor & Maguire 2008; Shnol ym. 2014; Chestnut 2004; Rowlands & Permezel 1998). Tämä kipu on terävää ja hyvin paikallistettavissa emättimen, peräsuolen, välilihan ja reisien alueelle (Labor & Maguire 2008; Chestnut 2004; Shnol ym. 2014; Sarvela 2009). Somaattinen kipu on pääosin lähtöisin emättimen, välilihan ja kohdunkaulan emättimen puoleisen alueen afferenteilta hermosyiltä ja välittyy pudendaa-lihermoa pitkin anteriorisiin S2-S4 selkäydinhaaroihin (Shnol ym. 2014; Labor & Maguire 2008; Lowe 2002; Sarvela 2009; Rowlands & Permezel 1998; Chestnut 2004). Somaattinen kipu johtuu kohdunsuun, välilihan ja emättimen venymisestä, avautumisesta ja hapen puutteesta, sekä lantionpohjan, välilihan ja emättimen mahdollisista kudosisvaurioista (Labor & Maguire 2008; Chestnut 2004; Shnol ym. 2014; Rowlands & Permezel 1998; Lowe 2002).

Synnytyskipulla ei ole suoria vaikutuksia sikiöön, koska äidin ja sikiön hermostot ovat erilliset kokonaisuudet. Synnytyskipu vaikuttaa kuitenkin monella tavalla kohdun ja istukan väliseen perfuusioon, jolloin kivulla on epäsuoria vaikutuksia myös sikiön hyvinvointiin. (Chestnut 2004.) Synnytys ja siihen liittyvä synnytyskipu on naisen elimistölle stressitilanne, jolloin stressihormonien (adrenaliini, noradrenaliini, kortisoli) pitoisuudet verenkierrossa lisääntyvät (Raussi-Lehto 2015; Alehagen, Wijma, Lundberg, Wijma 2005; Rowlands & Permezel 1998). Kipu ja stressi saavat aikaan sympaattisen hermoston aktivaation (Chestnut 2004). Sympaattisen hermoston

aktivoituminen johtaa plasman katekolamiini pitoisuuksien (adrenaliini ja noradrenaliini) nousemiseen, jolloin verenkierto- ja hengityselimistön työmäärät lisääntyvät, sekä kohdun ja istukan välinen perfuusio vähenee (Sarvela 2009; Chestnut 2004; Liukkonen ym. 1998; Rowlands & Permezel 1998).

Kipu saa aikaan katekolamiinien lisäksi oksitosiinin vapautumista. Nämä yhdessä vaikuttavat kohdun supistumistiheyteen ja -voimakkuuteen, sekä kohdun valtimoiden supistumiseen. (Chestnut 2004; Rowlands & Permezel 1998.) Oksitosiini lisää kohdun aktiivisuutta ja kohdunkaulan laajentumista, kun taas adrenaliini heikentää supistustoimintaa (Chestnut 2004; Liukkonen ym. 1998; Sarvela 2009; Alehagen ym. 2005). Noradrenaliinin taas on havaittu olevan yhteydessä synnytyksen aikana lisääntyneeseen kohdun epäsäännölliseen aktiivisuuteen (Alehagen ym. 2005). Synnytyksen aikana myös plasman kortisolitasot nousevat (Rowlands & Permezel 1998). Kortisolin uskotaan indusoivan oksitosiinihormonin erityystä, vaikuttaen näin synnytyksen edistymiseen (Alehagen ym. 2005). Beeta-endorfiini erityksen tiedetään lisääntyvän voimakkaassa kivussa ja fyysisessä rasituksessa, lievittäen kipua tehokkaasti (Rowlands & Permezel 1998; Liukkonen ym. 1998; Raussi-Lehto 2015). Raskauden loppuvaiheessa ja synnytyksen edistyessä beeta-endorfiini pitoisuus kasvaa ja on suurimmillaan lapsen syntyessä (Raussi-Lehto 2015; Liukkonen ym. 1998).

Kohdun vasokonstruktio yhdessä äidin verenkierto- ja hengitysmuutosten kanssa saattavat aiheuttaa sikiölle happivajetta ja metabolista asidoosia (Labor & Maguire 2008; Liukkonen ym. 1998; Sarvela 2009). Äidin hyperventilaatio saattaa johtaa supistelujen välillä tilannetta kompensoivaan hypoventilaatioon, aiheuttaen äidille sekä lapselle hypoksemiaa (Chestnut 2004). Muutokset palautuvat, kun kipu helpottaa ja hengitys normalisoituu (Rowlands & Permezel 1998). Äärimmäisissä tapauksissa muutokset voivat aiheuttaa äidille metabolisen asidoosin, sikiölle asidoosin sekä johtaa epänormaaliin synnytykseen. Synnytyskivun negatiiviset vaikutukset aiheutuvatkin pääosin muutoksista äidin hengitystavassa ja katekolamiini välitteisessä stressireaktiossa. (Lowe 2002.) Synnytyksen aiheuttamat muutokset ovat matalanriskin raskauksissa ja synnytyksissä hyvin siedettyjä, eivätkä aiheuta vaaraa sikiölle. Poikkeuksena ovat riskiraskaudet ja -synnytykset, erityisesti tilanteissa, joissa kohdun ja istukan välinen toiminta on heikkoa. Näissä tilanteissa toimiva kipulääkitys on tärkeää sikiön hyvinvoinnin kannalta, kos-

ka se laskee huomattavasti äidin veren katekolamiini pitoisuuksia ja parantaa siten sekä äidin että sikiön hapensaantia. (Chestnut 2004; Sarvela 2009.)

SYNNYTYSKIVUN KOKEMISEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Nykyaikana synnytyksenhoitoon on käytössä tehokkaita kivunlievitysmenetelmiä (esim. epiduraali). Haittapuolena näissä menetelmissä on se, että ne ovat lisänneet synnytyksen aikaisia toimenpiteitä. Toisaalta tehokkaasta synnytyskivunhoidosta huolimatta naisten synnytystyytyväisyys ei ole lisääntynyt. (Whitburn ym. 2014.) Mielenkiintoista onkin, että tutkimusten mukaan yksi päätekijä naisten synnytystyytyväisyydessä näyttäisi olevan heidän henkilökohtainen kontrolli synnytystapahtumassa, eikä niinkään kivuttomuus (Christiaens, Verhaeghe, Bracke 2010). Merkittäviä naisen synnytyskivun kokemista ennustavia tekijöitä ovat mm. itseluottamus, sekä taipumus kivun katastrofaalistamiseen ja ahdistuneisuuteen. Lisäksi naisten tulkinta sosiaalisesta ympäristöstä vaikuttaa heidän kivun kokemukseensa. Kulttuuritaustan tiedetään vaikuttavan kipua käyttäytymiseen ja siten myös kivun kokemiseen. (Whitburn ym. 2014). Näyttäisi siltä, että kivun ainutlaatuinen merkitys naiselle määrittäisi lopulta hänen kokemuksensa, ja tähän arviointi prosessiin vaikuttaisi hänen aikaisemmat kokemukset, odotukset, sosiaalinen ja kulttuurinen ympäristö sekä muita vielä tunnistamattomia tekijöitä (Whitburn ym. 2014; Chestnut 2004).

Teollisuusmaissa jopa 6–11 % naisista kärsii synnytyspelosta (Saisto & Halmesmäki 2003; Waldenström, Hildingsson, Ryding 2006; Flink ym. 2009). Synnytyspelko vaikuttaa negatiivisesti synnytyskokemukseen, sekä synnytyskivun kokemiseen (Karlsdottir ym. 2014; Flink ym. 2009; Christiaens ym. 2010; Curzik & Jokic-Begic 2011). Yleisin syy synnytyspelolle on synnyttäjän pelko synnytyskipua kohtaan (Eriksson, Jansson, Hamberg 2006.; Geissbuehler & Eberhard 2002; Flink ym. 2009). Pelko ja negatiiviset ajatukset kivusta ennustavat kovempaa synnytyskipua ja ahdistuneisuutta synnytyksen aikana (Christiaens ym. 2010). Synnyttäjän ennen synnytystä esiintyvän ahdistuneisuuden ja ahdistustaipumuksen on havaittu olevan yhteydessä kovempaan synnytyskipuun (Curzik & Jokic-Begic 2011; Floris & Irion 2015; Beebe, Lee, Carrieri-Kohlman, Humphreys 2007; Leap, Sandall, Buckland, Huber 2010). Ahdistus määritellään taipumuksena reagoida mahdollisiin uhkaaviin tilanteisiin ahdistuneisuutena/pelkona, kun

taas ahdistustaipumus määritellään herkkyytenä pelätä ahdistukseen liittyviä oireita. (Curzik & Jokic-Begic 2011). Tutkimustulosten perusteella naisen ahdistusherkkyyys saattaa olla riskitekijä synnytyspelon kehittymiselle (Curzik & Jokic-Begic 2011). Ahdistuneisuuden on myös havaittu vähentävän naisten luottamusta omiin kykyihin rentoutumistekniikoiden käytössä synnytyksen aikana (Beebe ym. 2007). Tutkimuksissa on havaittu, että naisilla joilla parempi kontrolli synnytysprosessissa ovat vähemmän ahdistuneempia (Floris & Irion 2015). Ahdistuneisuuden tiedetään myös lisäävän katekoliiniamiinien eritystä, joka saattaa kasvattaa lantiosta peräisin olevaa nosiseptiivistä ärsytystä vahvistaen ärsykkeen tuntemusta (Lowe 2002).

Osalla naisista on taipumusta tulkita synnytyskipu uhkaavana, jonka vuoksi he kehittävät sitä kohtaan katastrofaalisia ajatuksia mm. pelkoa kipua kohtaan, ovat jännittyneempiä ja tarkkaavaisempia, sekä yrittävät välttää kipua (Flink ym. 2009; Curzik & Jokic-Begic 2011). Katastrofaalistamisessa yksilö keskittyy kipuun, liioittelee kivun uhkaavaa ominaisuutta, sekä negatiivisesti arvioi omaa kykyään selviytyä kivusta (Whitburn ym. 2014; Flink ym. 2009). Katastrofaalistajien on havaittu odottavan ja kokevan merkittävästi kovempaa synnytyskipua, sekä heidän fyysinen palautuminen on heikompaa (Flink ym. 2009; Whitburn ym. 2014). Kipuun suhtautumiseen vaikuttaa synnyttäjän etninen, kulttuurinen ja sosioekonominen tausta (Rowlands & Permezel 1998). Yksilön mieli vaikuttaa kivun kokemiseen muokkaamalla kipukokemusta ja vaikuttamalla koetun kivun voimakkuuteen. Naiset, jotka ajattelevat synnytyskipun vain negatiivisena asiana kokevat kovempaa synnytyskipua ja palautuvat synnytyksestä hitaammin. (Whitburn 2013.) Synnyttäjien keskittyminen sen hetkiseen tilanteeseen auttaa heitä ymmärtämään kehossa tapahtuvia muutoksia ja hyväksymään kivun osaksi synnytystä. Tällöin synnyttäjä on ikään kuin sopusoinnussa oman kehonsa kanssa. Synnyttäjän fyysikaalinen ja sosiaalinen ympäristö edesauttaa tämän mielentilan ylläpitämisessä. Naisten mielentila ei kuitenkaan ole pysyvä vaan saattaa muuttua häiriötekijöiden vuoksi. Häiriöt altistavat naisen reagoimaan fyysikaalisille tuntemuksille, saaden naisen huolestumaan mahdollisista synnytyksenaikaisista tapahtumista ja synnytyskivusta. (Whitburn ym. 2014.)

Naisten odotukset synnytyksestä vaikuttavat synnytyskipun kokemiseen (Karlsdottir ym. 2014). Synnytysvalmennuksella näyttäisi olevan po-

sitiivinen vaikutus synnyttäjien kokemaan synnytystyytyväisyyteen sekä koettuun synnytyskipuun (lievittäen sitä) (Labor & Maguire 2008; Melzack ym. 1984; Sarvela 2009; Costa-Martins ym. 2014). Hyvä tietämys synnytyksestä ja siihen liittyvistä tekijöistä vähentää naisten jännittyneisyyttään, huolestuneisuuttaan ja pelkoa (Meštrović ym. 2015). Kun taas tiedon puute ja synnytyspelko vaikuttavat negatiivisesti naisten itsetuntoon ja kykyyn selviytyä synnytyskivusta (Karlsdottir ym. 2014). Synnytykseen valmistautumisen tehtävänä on vahvistaa raskaana olevan naisen itseluottamusta omiin kykyihin. Synnyttäjän uskominen itseensä ja omiin kykyihinsä selviytyä synnytyksestä alentavat merkittävästi synnytyskipua, vähentävät lääkkeellisen kivunlievityksen käyttöä, sekä ovat yhteydessä positiivisempaan synnytyskokemukseen (Lowe 2002; Whitburn 2013; Berentson-Shaw ym. 2009; Rowlands & Permezel 1998; Christiaens ym. 2010). Myös tuki-henkilön tuki raskausaikana ja synnytyksessä auttaa naista selviytymään synnytyskivusta sekä vähentää naisen kokemaa synnytyskipua (Whitburn ym. 2014; Whitburn 2013; Rowlands & Permezel 1998).

Kiintymyssuhdemallien tiedetään muodostuvan jo varhaislapsuudessa ja aikuisuudessa niillä on taipumus ohjata käyttäytymistä ja toimintaa (Costa-Martins ym. 2014; Quinn ym. 2015). Kiintymyssuhteet voidaan karkeasti jaotella turvalliseen ja turvattomiin (välttelevä ja ristiriitainen) kiintymyssuhteisiin (Sinkkonen 2004). Turvattomien kiintymyssuhdemallien on havaittu olevan yhteydessä kovempaan synnytyskipuun ja runsaampaan kipulääkityksen käyttöön synnytyksen aikana (Costa-Martins ym. 2014; Quinn ym. 2015).

Kätilöillä on suuri rooli auttaessaan synnyttäjää valmistautumaan ja selviytymään synnytyskivusta. Tutkimusten mukaan kätilön jatkuva huolenpito synnyttäjistä raskauden ja erityisesti synnytyksen aikana auttaa synnyttäjää selviytymään paremmin synnytyskivun haasteista. (Karlsdottir ym. 2014.) Kätilöiden tulisikin huomioida synnyttäjien erilaiset toiveet ja tarpeet, sekä kyetä vastaamaan niihin parhaalla mahdollisella tavalla. Haasteellista tässä on synnyttäjien erilaisuus, mikä vaatii kätilöltä tarkkaavaisuutta ja omien työskentelytapojen joustavuutta synnyttäjän mukaan. Naisten tukeminen jo raskausaikana sekä itse synnytyksessä vaikuttaa merkittävästi positiivisen synnytyskokemuksen muodostumiseen (Leap ym. 2010).

POHDINTA

Tutkimukset ovat pääasiassa keskittyneet tutkimaan tekijöitä, jotka vaikuttavat naisten kokemaan synnytyskipuun. Tulevaisuudessa mielenkiintoista olisikin selvittää minkälaisilla toimilla kyettäisiin parhaiten vaikuttamaan naisten ahdistuneisuuteen, itseluottamukseen, kivun katastrofaalistamiseen ja mielentilan hallintaan. Tulevaisuudessa tärkeää olisi jo varhaisessa vaiheessa löytää ne naiset, jotka tarvitsevat lisätukea synnytyksestä selviytymisessä.

Kätilöt vaikuttavat merkittävästi naisten synnytyskokemuksen muodostumiseen ja kykyyn selviytyä synnytyskivusta. Kätilön huolenpito synnyttäjistä raskauden ja erityisesti synnytyksen aikana auttaa synnyttäjää selviytymään paremmin synnytyskivun haasteista. Panostamalla naisten itseluottamuksen vahvistamiseen, edesautetaan positiivisemmän synnytyskokemuksen muodostumista. Synnyttäjien parempi itseluottamus ehkäisee ahdistuneisuutta ja siten myös koettua synnytyskipua, sekä vähentää lääkkeellisten kivunlievitysmenetelmien käyttöä. Nykyaikana synnyttäjät ovat määrätietoisia ja tietävät mitä haluavat, mikä asettaa kätilöiden roolin haasteelliseksi. Jokainen synnyttäjä on erilainen persoona omine taustoineen, jolloin kätilöltä vaaditaan hyviä sosiaalisia taitoja mukauttaakseen omaa toimintaansa synnyttäjälle sopivaksi. Kätilön tulisi olla empaattinen, tukea synnyttäjää, olla läsnä, sekä tarvittaessa myös riittävän tiukka. Kätilön tulisi olla synnyttäjän tukihenkilö, mutta myös se rajojen asettaja tilanteissa joissa sikiön tai synnyttäjän vointi sen vaatii.

LÄHTEET

Alehagen, S., Wijma, B., Lundberg, U. & Wijma, K. 2005. Fear, pain and stress hormones during childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 26(3), 153–65.

Beebe, K.R., Lee, K.A., Carrieri-Kohlman, V. & Humphreys, J. 2007. The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitization labor. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 36(5), 410–8.

Berentson-Shaw, J., Scott, K.M. & Jose, P.E. 2009. Do self-efficacy beliefs predict the primiparous labour and birth experience? A longitudinal study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 27(4), 357–373.

Chestnut, D.H. 2004. (3. ed.) *Obstetric Anesthesia. Principles and Practice. The Pain of Childbirth and Its Effect on the Mother and the Fetus.* Elsevier Mosby.

Christiaens, W., Verhaeghe, M. & Bracke, P. 2010. Pain acceptance and personal control in pain relief in two maternity care models: a cross-national comparison of Belgium and the Netherlands. *BMC Health Services Research* 10(10), 268.

Costa-Martins, J.M., Pereira, M., Martins, H., Moura-Ramos, M., Coelho, R. & Tavares, J. 2014. The role of maternal attachment in the experience of labor pain: a prospective study. *Psychosomatic Medicine* 76(3), 221–8.

Curzik, D. & Jokic-Begic, N. 2011. Anxiety sensitivity and anxiety as correlates of expected, experienced and recalled labor pain. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 32(4), 198–203.

Eriksson, C., Jansson, L. & Hamberg, K. 2006. Women's experiences of intense fear related to childbirth investigated in a Swedish qualitative study. *Midwifery* 22(3), 240–8.

Flink, I.K., Mroczek, M.Z., Sullivan, M.J.L. & Linton, S.J. 2009. Pain in childbirth and postpartum recovery – the role of catastrophizing. *European Journal of Pain* 13, 312–16.

Floris, L. & Irion, O. 2015. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *Journal of Health Psychology* 20(4), 446–455.

Geissbuehler, V. & Eberhard, J. 2002. Fear of childbirth during pregnancy: a study of more than 8000 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 23(4), 229–35.

IASP Taxonomy. Pain. 2012. IASP, International Association for the Study of Pain. Luettu 10.6.2016. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy#Pain>.

Kalso, E. 2009. Kivun fysiologia ja mekanismit, Akuutti ja krooninen kipu. Kivun biologinen merkitys. Teoksesta E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) Kipu.(3. painos) Helsinki; Kustannus Oy Duodecim.

Karlsdottir, S.I., Halldorsdottir, S. & Lundgren, I. 2014. The third paradigm in labour pain preparation and management: the childbearing woman's paradigm. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28(2), 315–27.

Labor, S. & Maguire, S. 2008. The Pain of Labour. *Reviews in Pain* 2(2), 15–9.

Lally, J.E., Murtagh, M.J., Macphail, S. & Thomson, R. 2008. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Medicine* 14(6), 7.

Leap, N., Sandall, J., Buckland, S. & Huber, U. 2010. Journey to confidence: women's experiences of pain in labour and relational continuity of care. *Journal of Midwifery & Women's Health* 55(3), 234–42.

Liukkonen, A., Heiskanen, P., Lahti, A. & Saarikoski, S. 1998. Synnytyskivun lievittäminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Lowe, N.K. 2002. The nature of labour pain. *American Journal of Obstetric & Gynecology* 186, S16–24.

Melzack, R., Kinch, R., Dobkin, P., Lebrun, M. & Taenzer, P. 1984. Severity of labour pain: influence of physical as well as psychologic variables. *Canadian Medical Association Journal* 130(5), 579–584.

Mestrović, A.H., Bilić, M., Loncar, L.B., Micković, V. & Loncar, Z. 2015. Psychological Factors in Experience of Pain During Childbirth. *Collegium Antropologicum* 39(3), 557–65.

Quinn, K., Spiby, H. & Slade, P. 2015. A longitudinal study exploring the role of adult attachment in relation to perceptions of pain in labour, childbirth memory and acute traumatic stress responses. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 33(3), 256–267.

Raussi-Lehto, E. 2015. Syntymän hoidon toteutus. Teoksesta Paananen, Pietiläinen, Raussi-Lehto, Äimälä (toim.). *Kätilötyö. Raskaus, synnytys ja lapsivuodeaika*. (6. painos) Keuruu: Edita Publishing Oy.

Rowlands, S. & Permezel, M. 1998. Physiology of pain in labour. *Bailliere's Clinical Obstetrics and Gynaecology* 12(3), 347–62.

Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 82(3), 201–8.

Sarvela, J. 2009. Synnytyskipu. Teoksesta E. Kalso, M. Haanpää & A. Vainio (toim.) *Kipu*. (3. painos) Kustannus Oy Duodecim.

Shnol, H., Paul, N. & Belfer, I. 2014. Labor pain mechanisms. *International Anesthesiology Clinics* 52(3), 1–17.

Sinkkonen, J. 2004. Kiintymyssuhdeteoria – tutkimuslöydöksistä käytännön sovelluksiin. *Katsaus, Duodecim* 120:1866-73. Luettu 13.9.2016. <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo94437.pdf>.

Waldenström, U., Hildingsson, I. & Ryding, E.L. 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 113(6), 638–46.

Whitburn, L.Y. 2013. Labour pain: from the physical brain to the conscious mind. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology* 34(3), 139–43.

Whitburn, L.Y., Jones, L.E., Davey, M.A. & Small, R. 2014. Women's experiences of labour pain and the role of the mind: an exploratory study. *Midwifery* 30(9), 1029–35.